

記入例

払込取扱票

認定審査料は 会員 11,000 円
非会員 16,500 円

振替払込請求書兼受領証

00	東京	口座記号		口座番号(右詰めで記入)						金額	千	百	十	万	千	百	十	円
0	0	1	9	0	5	7	7	2	3	3				1	1	0	0	0
加入者名	一般社団法人日本病院薬剤師会										料金							
通信欄	精神科専門薬剤師 認定審査料										特殊							
依頼人	1) 施設名: ○○病院 2) 申請者名: ○○ ○○ 〒 ○○-○○○ おとこころ ○○県○○市 1-1-1 ○○病院 おなまえ ○○ ○○ (電話番号 00 0000 0000 -)										金							
											取扱							
											受付局日附印							

各票の※印欄は、ご依頼人において記載してください。

裏面の注意事項をお読みください。
これより下部には何も記入しないでください。

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押してください。

口座記号番号	0	0	1	9	0	5		
加入者名	一般社団法人 日本病院薬剤師会							
金額	千	百	十	万	千	百	十	円
				1	1	0	0	0
ご依頼人	おなまえ ○○ ○○ 様							
料金	(消費税込み) 受付局日附印							
特殊取扱	円							